

Das Arbeitsfähigkeitszeugnis entspricht einem detaillierten ärztlichen Zeugnis und ist anwendbar bei Abwesenheiten ab 10 Arbeitstagen oder zwei Wochen. Grundlage bietet die beiliegende Arbeitsplatzbeschreibung, die vom Arbeitgeber verfasst wurde.

Personalien Patient

Name (auch Name als ledige Person)	Vorname
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Strasse, Hausnummer	Postleitzahl, Wohnort
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geburtsdatum (TT, MM, JJJJ)	Geschlecht
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> non-binär
Telefonnummer	E-Mail
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Arbeitgeber	
<input type="text"/>	
Arbeitspensum (Stunden pro Woche oder Beschäftigungsgrad in Prozenten)	
<input type="text"/>	

Behandlung

Der Patient steht in meiner Behandlung seit			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Datum der erfolgten Konsultation	Datum der nächsten Konsultation	Arbeitsfähigkeit in Std. / Tag	Arbeitsfähigkeit in % der Leistung

Arbeitsunfähigkeit

Die Arbeitsunfähigkeit des Patienten wird bescheinigt aufgrund

- einer vom Arzt in der Untersuchung festgestellten gesundheitlichen Beeinträchtigung
 Aussagen des Patienten

Grund der Behandlung	<input type="checkbox"/> Unfall	<input type="checkbox"/> Krankheit	<input type="checkbox"/> Schwangerschaft
Der Verlauf ist	<input type="checkbox"/> stabil	<input type="checkbox"/> sich verbessernd	<input type="checkbox"/> sich verschlechternd

Arbeitsfähigkeit

Der Patient kann während der reduzierten Arbeitsfähigkeit folgende Tätigkeiten ausführen

Der Patient kann während der reduzierten Arbeitsfähigkeit folgende Tätigkeiten **nicht** ausführen

Ferienfähigkeit

Der Patient ist in der Lage, trotz einer bestehenden gesundheitlichen Beeinträchtigung sich während Ferien zu erholen.

- Ferienfähigkeit gegeben Ferienfähigkeit **nicht** gegeben

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes

Entbindung ärztliche Schweigepflicht

- Der Arzt bestätigt, dass er durch den Patienten mit Bezug auf die in diesem Formular gestellten Fragen von der ärztlichen Schweigepflicht entbunden worden ist.

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes

- Der Patient bestätigt, dass er bezogen auf die in diesem Formular gestellten Fragen zur erwähnten Krankheit / Unfall, seinen Arzt von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber dem Arbeitgeber entbunden hat.

Ort und Datum

Vorname, Name und Unterschrift des Patienten

Weiteres Vorgehen

Der Arzt leitet dieses Arbeitsfähigkeitszeugnis direkt an den Arbeitgeber weiter oder der Patient bringt das ausgefüllte Arbeitsfähigkeitszeugnis seinem Arbeitgeber.